

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КАК НАУЧИТЬ СТУДЕНТОВ ВЫЯВЛЯТЬ ПОВЫШЕННЫЙ УРОВЕНЬ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ?

Антонышева О.В., Козловский В.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Одним из наиболее распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы является артериальная гипертензия (АГ). Причем почти у 50 % пациентов отмечаются могут психогенные расстройства, причиной которых являются как реакции на гипоперфузию головного мозга, так и хроническое заболевание, при котором необходим контроль артериального давления, постоянный прием антигипертензивных средств, высок риск развития инсультов, инфарктов миокарда, летальных исходов. Серьезные психологические проблемы возникают и в связи с необходимостью принимать дорогостоящие лекарства, отказываться от устоявшихся привычек питания, образа жизни [1, 2, 3].

В крупном проспективном многоцентровом исследовании КООРДИНАТА и КОМПАС, проведенном в Российской Федерации получено, что расстройства депрессивного спектра (депрессивные, тревожно-депрессивные, невротические состояния) отмечаются у 52% пациентов с АГ, выраженные депрессивные состояния – у 28% пациентов с АГ, клинически значимые симптомы тревоги – у 33% пациентов с АГ [2, 3].

При возрастании уровня тревоги, депрессии отмечается изменение активности симпатoadреналовой, гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем организма, что сопровождается изменением углеводного, белкового, липидного обмена, прокоагулянтными сдвигами гемостаза, нарушением функции эндотелия сосудов. Это ведет к прогрессированию атеросклероза, повышению тонуса коронарных артерий, увеличению нестабильности атеросклеротических бляшек, склонности к тромбообразованию [4].

Пациенты с АГ и повышенным уровнем тревоги и депрессии плохо выполняют врачебные рекомендации по соблюдению режима питания, физической активности, лекарственной терапии. У них затруднено проведение реабилитационных мероприятий [5, 6]. Больные с повышенным уровнем депрессии не верят в выздоровление, малоподвижны, много курят, нередко злоупотребляют алкоголем [7]. На фоне депрессивного эпизода возрастает риск возникновения ИБС, инфаркта миокарда, гипертонических кризов. Риск инсульта у пожилых пациентов с АГ и выраженными симптомами депрессии в 2,3-2,7 раза выше, чем у пациентов с АГ без депрессии [8].

В настоящее время является аксиомой, что врач должен уметь объективно, достаточно быстро разбираться в особенностях психологических реакций пациента, использовать это в формировании лечебной тактики и прогнозировании возможных неблагоприятных событий. Какие возможности у преподавателей медицинских ВУЗов в обучении студентов оценке тревожных и депрессивных реакций у пациентов с сердечно-сосудистой патологией?

На кафедре факультетской терапии ВГМУ в течение ряда лет проводятся исследования уровня тревоги и депрессии у пациентов с артериальной гипертензией. Причем оценка психологических реакций проводится преподавателями совместно со студентами, занимающимися в СНО. Однако рационально более широкое ознакомление студентов с возможностями использования методов оценки тревожных и депрессивных реакций для последующего применения в практической работе. Возможность и рациональность такой технологии обучения студентов, особенности и детали, неоднократно обсуждались с сотрудниками кафедры психиатрии и неврологии. Так на занятии, посвященном вопросам сердечно-сосудистой патологии, в частности артериальной гипертензии, обсуждаются психологические реакции на болезнь, приводится классификация тревожности, обсуждаются понятия о реактивной и личностной тревожности. Далее обсуждается методические

подходы в оценке имеющихся нарушений, в частности шкалы самооценки тревоги Спилбергера – Ханина, шкала депрессии Бека. Эти методы просты, стандартны, апробированы в Республике Беларусь, не требуют больших затрат времени и средств, высоко информативны, могут применяться в поликлинике, стационаре, санатории.

Далее студентам демонстрируются бланки тестов и подробно объясняется техника исследования: Опросник Бека – для определения уровня депрессии. Оценка результатов: сумма баллов меньше 11 - отсутствие депрессии; 11-18 баллов - субклиническая депрессия; 19-25 баллов - депрессия легкой степени тяжести; 26-30 баллов - умеренно выраженная депрессия; более 30 - тяжелая.

Опросник Спилбергера-Ханина – для определения уровня реактивной и личностной тревожности. До 30 баллов – низкая тревожность, 30-45 баллов – умеренная, 46 и выше – высокая тревожность. Минимум – 20 баллов, максимум – 80. Далее студенты самостоятельно выполняют тестирование друг друга и тестируют пациентов с АГ. Совместно с преподавателем выполняется обработка результатов тестирования.

На занятии акцент делается на том, что выявление у пациентов с артериальной гипертензией уровня тревоги и депрессии является важной задачей, так как большинство случаев тревожных и депрессивных расстройств остается нераспознанными. Наличие этих расстройств ухудшает отдаленный прогноз заболевания, ухудшает сотрудничество врача и пациента, является источником жалоб и конфликтов. Коротко очерчиваются возможности терапевта и обязательно уточняется роль психотерапевта, показания к его консультации и применению лекарственной терапии.

Заинтересованные студенты получают образцы анкет-опросников и стандарты оценок результатов для использования в последующей практической деятельности. Результаты обследования неоднократно докладывались студентами на различных научно-практических конференциях нашего университета, выполнены несколько дипломных работ.

Выводы. На кафедре факультетской терапии разработаны технологии обучения студентов выявлению и оценке важных и прогностически неблагоприятных факторов – повышенных уровней тревоги и депрессии у пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Литература:

1. Погосова, Г.В. Клинико-эпидемиологические характеристики пациентов пожилого возраста, страдающие сердечно-сосудистыми заболеваниями, коморбидными с депрессивными расстройствами (по результатам многоцентрового проспективного исследования КООРДИНАТА) / Г.В. Погосова, Л.В. Ромасенко // Тер. арх. – 2007. – № 10. – С. 79-82.
2. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования / Е.И. Чазов [и др.] // Кардиология. – 2005. – № 11. – С. 4-16.
3. Ольбинская, Л.И. О проблеме депрессии в терапевтической практике. Что показала программа КОМПАС / Л.И. Ольбинская // Тер. архив. – 2005. – № 10. – С. 89-93.
4. Dinan, T.G. Novel approaches to the treatment of depression by modulating the hypothalamic-pituitary-adrenal axis / T.G. Dinan // Hum Psychopharmacol Clin. Exp. – 2001. – Vol. 16. – P. 89-93.
5. Погосова, Г.В. Депрессия - новый фактор риска ишемической болезни сердца и предиктор коронарной смерти / Г.В. Погосова // Кардиология. – 2002. – № 4. – С. 86-91.
6. Краснов, В.М. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В.М. Краснов // РМЖ. – 2002. – № 25. – С. 1187-91.
7. Евсегнеев, Р.А. Антидепрессанты в общей медицинской практике: приме пароксетина / Р.А. Евсегнеев. – Минск, 2006. – 15 с.
8. Kubzansky, L.D. Going to the heart of the matter: do negative emotions cause coronary heart disease? / L.D. Kubzansky, I. Kawachi // J. Psychosom. Res. – 2000. – Vol. 48, № 4-5. – P. 323-337.